

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1955

N°

563

Thèse pour le
Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

par

BOUTALEB Mohamed Fatmi

né le 15/12/1923 Fès (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le

ENQUETE MEDICO-SOCIALE
CHEZ 810 NORD-AFRICAINS TUBERCULEUX
HOSPITALISES DANS LES HÔPITAUX
ET SANATORIUMS
DE LA REGION PARISIENNE

PRESIDENT :

M.

Etienne Bernara

PROFESSEUR :

FRONTIER RECORDS

1902

THE
OFFICE OF THE
SHERIFF

DEPT. OF JUSTICE
WASHINGTON, D. C.

RECEIVED

THE
SHERIFF
DEPT. OF JUSTICE
WASHINGTON, D. C.

I

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1955

N°

Thèse pour le
Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

par

BOUTALEB Mohamed Fatmi
né le 15/12/1923 Fès (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le

ENQUETE MEDICO-SOCIALE
CHEZ 810 NORD-AFRICAINS TUBERCULEUX
HOSPITALISES DANS LES HÔPITAUX
ET SANATORIUMS
DE LA REGION PARISIENNE

=====

PRESIDENT : M.

PROFESSEUR :



M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

M.M. BAUDOUIN; BRINDEAU, CARNOT; CHEVASSU; CHIRAY; CLERC, DELBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY; LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE; LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE, SEBILEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE.

I - PROFESSEURS

M.M.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports..	CHAILLEY-BERT(P)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE
Cliniques chirurgicales	(Hôtel-Dieu BROCC (P.) (Saint-Antoine d'ALLAINES (Salpêtrière MONDOR (H.) (Cochin QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE-D'AUBIGNE(R)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (M.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS(D)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)

Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUT
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)...	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES & AGREGES

M.M.		M.M.	
Anatomie.....	(DEBEYRE (J.) (DELMAS (A.))	(HUGUIER (J.) (LAURENCE (G.) (LEGER (L.)	
Anatomie pathologique.....	(GAUTHIER-VILLARS (Melle P. Pr s. ch. (BUSSER (F.))	Pathologie chirurgicale	(OLIVIER (Cl.) (PADOVANI (P.) (POILLEUX (M.) (ROUX (M.)
Bactériologie	(FASQUELLE (R.) (NEVOT (A.))		(RUDLER (J-C) (VERNE (J-M)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.) (ETTORI (J.) { Pr s. ch.	Pathologie expérimentale	(MERKLEN (P.)
Chimie médicale	{ Pr s. ch. (SCHAPIRA (G.))		(BERNARD (J.) (BOUDIN (G.) (CASTAIGNE (P.) (CONTE (M.)
Dermato-syphiligraphie N....	(BULLIARD (H.) { Pr s. ch. (COUJARD (R.) (DESCLAUX (P.))	Pathologie médicale	(DE COURT (J.) (DOMART (A.) (DREYFUS (Gilbert) (FAUVERT (R.) (HAMBURGER (J.))

IV

Hydrologie	DEBRAY (C.)		(KOURILSKY (R.) (MILLIEZ (P.)
Hygiène	(BOYER (J.) (DEPARIS (M.)		(PERRAULT (M.) (RIMBERT (P.)
Médecine légale	(DEROBERT (L.) (GAULTIER (M.)	Pathologie médi- -cale.	(THIEFFERY (St.) (TURIAT (J.) (N... (N... (N...
Neurochirurgie	N...		
Neurologie ...	SEZE (S de)	Pédiatrie	(LAPLANE (R.)
	(GRASSET (J.) (LEPAGE (F.) (MAYER (M.) (MERGER (R.) (RAVINA (J.) (VARANGOT (J.)		(LEVY (Mell J.) { Pr s. ch. (CHEYMOL (J.H.) { Pr s. ch.
Obstétrique ...		Pharmacologie ..	
			(BARGERON (D.) { Pr s. ch. (PARROT (J.L.)
Ophthalmologie .	(OFFRET (G.) (DESVIGNES (P.)	Physiologie	
			(DJOURNO (r.) (GOUGEROT (L.)
Oto-Rhino- Laryngologie .	(HALPHEN (E.) { Pr s. ch. (MADURO (R.)	Physique médicale	
			(GOUGEROT (L.)
Parasitologie .	BRUMPT (L.)	Psychiatrie	BARUK (H.)
		Psychiatrie infantile	(MICHAUX (L.)
Parasitologie colonial ff....	CHABAUD	Stomatologie	CHAPUT (MmeA.)
Pathologie chirurgicale ..	(ABOUKER (P.) (BAUMANN (J.) (GOSSET (J.)	Thérapeutique ...	PERRAULT chargé de l'enseignement
		Urologie	KUSS (R.)

III - PROFESSEURS HONORAIRES & AGREGES

RAPPELES A L'EXERCICE

Pour le service des examens

MM. BRINDEAU (A.) (Obstétrique), GATELLIER (J.) (clinique chirurgicale).

LE LORIER (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique).

V		M.M.
Clinique des maladies des enfants		DÉBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P)
	(Hôtel-Dieu	BENARD (H.)
	{ Bichat	LAROCHE (G.)
Cliniques médicales	{ Cochin	MOREAU (R.)
	{ Pitié	LEMAIRE (A.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique...		JUSTIN-BESANCON(L)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR	WALLERY-RADOT(L)
	{ Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
	{ Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.)
Cliniques obstétricales	{ Port-Royal	LA-COMME (M.)
Clinique ophtalmologique		VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)		RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique		COSTE (F.)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale		CHABROL
Clinique urologique		FEY (B.)
Embryologie		GIROUD (A.)
Génétique		LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MOUQUIN (M.)
Histologie		CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance		CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C.)
Médecine du Travail		DESOILLE (H.)
Médecine légale		PIEDELIEVRE (R.)

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE & AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

M.M.

Clinique chirurgicale.....	(AMELINE (A.) (PATEL (J.) (SICARD (A.)	Clinique médicale..	(HAGUENAU (M.) (MARCHAL (G.) (SOULIE (E.)
Clinique médicale	(BOULIN (R.) (BROUET (G.) (CACHERA (R.)	Clinique obstétricale	(EGALLE (G.)
		Clinique urologique	(COUVELAIRE (R.)

-:-:-:-

M.M.

Secrétaire de la Faculté	MOREL (J.)
Secrétaire-adjoint	Melle CHAINTREUIL (G.)
	-:-:-:-
Conservateur	Docteur HAHN (A.)
Bibliothécaires	(M. DCUAN (G.) Melles DUMATRE (P.), GOICHON (A-M), LE NOIR (G.), METIN (E.)

-:-:-:-

A mon père In Memoriam

A ma mère toute mon admiration et ma reconnaissance

A mes frères et sœurs

A mes beaux-frères et belles-sœurs

A mes neveux et nièces.

Toute mon affection

A Monsieur le Professeur E. BERNARD

Professeur de la Clinique de tu-
-berculose

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait l'honneur de présider cette
thèse.

A mon Jury de thèse,

Tout mon respect.

A Monsieur Pierre BOURGEOIS

Médecin des Hôpitaux/

Chef de Centre de phtisiologie
de l'Hôpital Cochin.

Expert près des tribunaux.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu m'accueillir dans son
service et me guider dans l'élaboration
de ce travail et qui m'a fait profiter
de sa large documentation,

Qu'il trouve ici l'expression de mon
respect et de ma reconnaissance.

A Mon Maître le Docteur SOMIA.

Médecin Chef à l'Hôpital Franco-Musulman.

Médecin Chef à l'O.P.H.S.

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a été pour moi un guide et un ami,

Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance pour tout le profit que j'ai tiré de son enseignement pratique.

A Mes Maîtres des Hôpitaux de Paris
et de l'Hôpital Franco-Musulman

Messieurs les Professeurs

BARIETY et BROUET.

Docteur JACOB

docteur MEMBRUM

LERCUX

Professeur JAUSION

docteur NICOLAS

ROUVILLOIS

ORDONNEAU

Tous mes respects.

A Mes Confrères et Amis

Docteur EL OKBY
 AIT KACI
 BENNANI
 MEHAYE
 SLAMIA

A Mes Amis

LARAKI HAMZA
 HADJ EL HADI DIouri
 BENNANI

Toute mon Amitié.

INTRODUCTION.

Ce travail vient après le rapport présenté par Mr. P. BOURGEOIS, Melle LOTTE, Mr. SOMI, Mr. BAI SETTE et Mme D. BOURGEOIS, à la Société de la Tuberculose - Séance du 10 Mai 1952, publiée par la Revue de la Tuberculose dans son n° 6 de 1952.

Nous avons cherché selon un questionnaire préétabli à classer le plus de renseignements concernant le côté médico-social de quelques SDO malades Nord-Africains tuberculeux.

Nous avons laissé souvent le soin aux tableaux et aux cartes de parler. Nous avons essayé d'exposer les résultats de notre enquête laissant au lecteur le soin de juger ou de penser à des solutions possibles.

Ce travail qui n'a aucune prétention à l'originalité vient donc illustrer par ses chiffres l'exposé antérieur.

Le problème médico-social du Nord-Africain tuberculeux est vaste et complexe et doit-être considéré à l'échelle gouvernementale.

L'éclosion de la tuberculose chez un travailleur de force, transplanté, vivant dans des conditions sociales précaires intéressent autant les services publics et privés dans leur entreprise industrielle que l'Institut National d'Hygiène.

La tuberculose chez le Nord-Africain revêt un caractère particulier à cause des conditions d'habitat, d'alimentation et d'hygiène.

Nous avons essayé de préciser toutes les causes qui convergent à créer chez lui un terrain-favorable à la tuberculose.

- 2 -
Historique de l'émigration de la main-d'œuvre Nord-Africaine
en France.

Aborder un sujet aussi vaste et aussi mouvant ne se conçoit point sans un bref historique de l'émigration de la main-d'œuvre Nord-Africaine en France.

Les conditions sociales, matérielles, professionnelles, psychologiques n'ont jamais été plus déterminantes pour créer un terrain favorable à la tuberculose.

L'émigration de la main-d'œuvre Nord-Africaine en France date du début du XXème Siècle.

I - La guerre 1914-1918 :

Quelques ouvriers de Mekla, de Port-Cuedon, de la Petite Kabylie, vinrent s'employer dans le Midi de la France.

1912 : Déjà on comptait de 4 à 5.000 Algériens employés en France et la suppression du "permis de voyage" pour les Indigènes Algériens par la loi du 15.7.14 va développer l'émigration Algérienne.

1916 : Impulsion nouvelle par la création du Ministère de la Guerre d'un "Service de travailleurs coloniaux chargés d'organiser le recrutement de la main-d'œuvre indigène en Indochine-Afrique du Nord etc...

1915-1918 : 78.000 Algériens recrutés par réquisitions et envoyés en France.

II - 1919 - 1924 :

Émigrations Algériennes au lendemain de la guerre.

1919 : Il ne restait dans la métropole que quelques milliers de Nord-Africains, mais les besoins de l'industrie Française, les travaux de reconstructions des régions dévastées, les salaires élevés attirèrent de nouveau les travailleurs Algériens d'où

1924 100.000 Algériens plus 10.000 Marocains, et l'attraction métropolitaine ira croissante malgré la réglementation restrictive de l'émigration provoquée par des interventions des colons et entreprises algériennes et marocaines

3 - 1924 - 1936 :

La mort à fond de cale de Sidi-Ferruch est à l'origine d'une deuxième réglementation de la venue en France des travailleurs algériens : ce qui a eu pour résultat de faire décroître temporairement les départs avec la crise économique de 1930, frappant en particulier les Nord-Africains, ouvriers non qualifiés.

4 - 1936 - 1940 :

Décret du 17.7.1936 : Retour à la libre circulation avec obligation de la carte d'identité du cautionnement et du contrôle sanitaire.

Le ralentissement de l'émigration et l'augmentation des retours à partir de 1938 doivent être attribués aussi à la crainte de la guerre.

5 - 1940 - 1945 :

Départs sous contrôles militaires en convois organisés.

6 - 1945 - 1960 :

L'émigration pour l'Algérie devient une nécessité démographique et économique.

La liberté totale des déplacements fut confirmée par l'article 2 de la loi du 20 Septembre 1947 portant statut organique de l'Algérie d'où émigration massive qui s'étendit à toutes les régions pauvres de l'Algérie : Kabylie - Aurès, etc...

Les lois économiques sont présentement les seules régulatrices du mouvement migratoire.

- 4 -

L'EMIGRATION DE LA MAIN-D'OEUVRE NORD-AFRICAIN EN FRANCE

Différentes causes de l'émigration :

- a) Causes démographiques et économiques de l'exode :
 - Excédent des naissances sur les décès passant de 32.000 en 1948 à 251.000 en 1953, explique en partie l'émigration.
 - Si les musulmans quittent déjà les Communes mixtes pour les Communes de plein exercice où ils trouvent à s'employer, le surplus va se déverser sur la France métropolitaine : et l'émigration vers la France se présente comme une des rares solutions immédiates possibles, surtout que l'ouvrier Algérien percevra des salaires plus élevés que ceux pratiqués en Algérie, bénéficiera des allocations familiales, de la Sécurité Sociale dans des conditions avantageuses.
- b) Causes psychologiques de l'émigration :
 - Un atavisme nomade moins, le seul désir de voir du pays, moins, les salaires élevés, l'attrait d'une existence meilleure, une situation morale supérieure à celle qui leur est faite chez eux au point de vue conformisme social au public, expliqueraient plus le mécanisme psychologique de l'émigration.

C.F. :

C.P.F. :

- 5 -
 TABLEAUX RECAPITULATIFS DE NOS MALADES EN PROVENANCE D'HOPITAUX PARISIENS
 & DE SANATORIUMS DE FRANCE.

<u>H O P I T A U X</u>	<u>S A N A T O R I U M S</u>
Cochin 58	Brévannes 167
Blaujon 55	Champeuil 159
H. F. Musulman 42	La Musse 107
Boulevard 15	Champigny 55
Broussais 4	Villiers-sur-Marne 45
Leconte 2	St-Martin du Tertre 31
Lariboisière 1	St-Hilaire du Touvet 20
Tenon 1	Aincourt 19
	La Grange s/le Mont par Andelot 16
	Bligny 8
	Province (2), Paul Doumer (1)
---	Monteville (1) Chancery (1) ---
TOTAL 178	TOTAL 632
= 810 Malades.	

Notre enquête s'étend sur quelques 810 malades, mais nos questions posées au point de vue médico-social n'ont pas toujours trouvé de réponses pour des raisons multiples que nous aurons l'occasion d'expliquer au fur et à mesure de la progression de notre enquête.

LES PRINCIPALES ZONES D'ORIGINE DES NOS MALADES.

Nos malades sont originaires de l'Afrique du Nord, comprenant les Marocains, des Français-Mulsumans d'Algérie, des Tunisiens.

Ce sont des Kabyles, Berbères ou des Arabes.

Au point de vue confessionnel, ce sont tous des musulmans, une dizaine d'Israélites, un catholique.

Nous avons cherché à savoir avec précision le Douar(1), le Hamcau, le Centre (2), dans la commune mixte ou la commune de plein exercice d'où ils provenaient.

Nous sommes arrivés pour la majorité d'entre eux (-nous avons négligé quelques uns que nous n'avons pu situer-) à tracer la distribution géographique. L'importance du lieu de naissance n'échappera point quant à la contagion ou la précaution dans la lutte contre la tuberculose.

1) DOUAR : fraction territoriale de la commune possédant en propre des biens gérés par un conseil élu ou "djmaa" : l'agent administratif est le Caïd.

2) CENTRE : Zone rurale aménagée par l'administration en vue de l'installation de colons.

DEPARTS D'ORIGINE OU TERRITOIRES D'ORIGINE

CONSTANTINE	327
ALGER	315
ORAN	59
TERRITOIRES DU SUD	12
MAROC	46
TUNISIE	15
Inclassés	4

TOTAL	310
	===

Dans un premier chapitre, nous avons classé nos malades d'après leur lieu de naissance, sans préjuger ni leur ^{de} race, ni de leur religion.

Les nombres de nos malades originaires des départements de Constantine et d'Alger se correspondent approximativement.

Par contre, le département d'Oran avec 59 malades ne nous a donné qu'un malade pour 7 de l'Algérois ou du Constantinois.

Les territoires du Sud avec 12 malades ne représentent qu'un malade pour 53 du Constantinois ou de l'Algérois.

Les Marocains représentent 6 % parmi le Nord-Africain classé.

Quant aux Tunisiens, au nombre de 15, ils représentent 2 % des hospitalisés des sanatoriaux.

LIO -

- DEPT. RT. IT D'ALGER -
Nombre de Melades par :

Arrondissement.	P.E.	C.M.	C.	V.	D.
		ALGER 7			
		BAJASSENO 3			ARCHAOUA 1
ALGER = 18.	EL BLAR 1				BEN AKHOUN 1
	AIN TAYA 1				
	ALMA 1				DELLAHOUCHE 1
	DIR MORIS 1				
					OUAKOUN 1
					TAH R BOUTZ 1
					EL CHEDALIEH 1
					AGHBALOU 1
					TIKSI RIDEN 1
		BOUSSAADA 1			BOUSSAADA 1
	AIN-BESSEY 1				
	HICOMLL 1				
BLIDA = 2.	CHID 1				
	AIN DUCCEY 1				ELATRY 1
		CHELLALA 1			
DEA = 4.	EL DEL 1	BOGHARI 1			
	WILLIAM 1				
ELI. IV = 3.	KHARBA 1	AFFREVILLE 1			
		RIGHA 1			
	ORLEANSVILLE 1				
	TEFES 1				
= 4.		CHELIFF 1			SOBAH 1
ORLEANSVILLE	OUED FORDY 1				INDINET 1
					ISLY 1
		AIT L HONE 2	AIT FAH 1		BENNIYENNI 1
		TIZIHIEN 2	AIT ATALLI 1		GANOUKIT 1
		AIT LUT 1	TADDERT 1		ABDALL H 1
= 62.		TIGUE MOUNT 1	TIGUE MOUNT 1		BENI DOULLA 1
IZLOUZO		AKEMOUCHE 1	EL DJEDIL 1		
		AZOUZI 1			BEN AISSI 1
		EL MOUN 1			
		AGOUNI CHR-	IGHIL BOU-		
FORT NATIONAL	CHANE 1	ZIAN 1			TIGZERT 1
		TIGRUMINE 1			OUADHIA 5
		TIGRUMINE 1			
		TIGRUMINE 1			
		AKERROU 1	AIT BOU 2		AIT RAZZI OU 1
			Y. EL 2		
		SCHERIDEN 1	AIT BARDJIL 1		
		AIT MTSBAH 1	CHOUIT-		
			BOUSSE 1		

Abonnement. O.P. / . O.A. O.I. O.L. V. D.

WIZARD	1
WISSEN	4
WISKRI	1
WOULD WISS	1
WILKIN	1
	9

BEN DOUGUEB	1
AKAEDOU	2
AKLO	1
BENI GHOBRI	5
BENI ZEKKI	1
OUSSAIT	1
	= 34

CH URB 1

MECHTRES	1
INZIM	3
BENI HED'S	2
AMELOULINE	2
BENI KOUFEI	3
BENI MAHNI	2

WATKINS	=	20.
BETTRUM		2
		1
	=	6

BEN TOU	1
ESL	1
KENDOU	1
ISSIKHIM OU	1
MEDOU	1

21.

	LIT AANVADEL BENT RIJCK	2.
ZEEBOUW 1	ZEKPI	2.
PORT-GUDDOU 3.	1 AZOUZ	1
	1 KRILS	1
	1 IFRZEN	1
	=	12.

DEBLYS 7

113

12

DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE.

Nos malades se répartissent assez inégalement quant à leur origine entre les diverses parties de l'Algérie.

Les 3 départements, les territoires du Sud sont représentés par leur commune de plein exercice, leur commune mixte, leur commune municipale, indigène, leur centre, etc...

Il n'y a pas de village, de tribu ou de douars cités qui n'aient leur malade.

Département d'Alger :

Arrondissement de Tizi-Ouzou (17)

-D'une superficie de 370.000 hectares, comptait en 1950 environ 38.000 émigrants sur une population musulmane de 574.366 habitants.

-Un de nos malades sur trois Nord-Africains de notre enquête provient de cet arrondissement dont toutes les communes de plein exercice ou les communes mixtes sont représentées!

-La commune mixte de Fort-National : 62 malades.

Superficie de 33.000 hectares dont 20.000 de terre utile, compte en 1950 82.833 habitants, soit une densité de 250 habitants au Km² contre 236 en 1936.

-Le propre des musulmans de Fort-National est d'aller dans leur migration plus loin que leurs compatriotes des autres régions d'Algérie. Le pourcentage des commerçants et des ouvriers spécialisés de cette commune mixte est plus élevé qu'ailleurs. Le nombre des écoles également : une classe pour 45 élèves et 800 habitants contribue puissamment à l'évolution des esprits et des mœurs, évolution favorisée par certaines règles de gestion en commun de la chose publique (tradition Kabyle, ainsi que par l'influence des émigrés revenus, parfois enrichis, au pays.

En conclusion sur la répartition de malade dans l'arrondissement de Tizi-Ouzou (17) département d'Alger, on peut dire que toutes les communes mixtes de la Haute Kabylie sont représentées avec un grand nombre de centres municipaux.

Les communes de plein exercice sont également représentées à l'exception d'Isserville-les-Issers et de Haussonvillers.

Les autres arrondissements sont également représentés avec :

Arrondissement d'Alger	1	:	1 C.M.	4 C.P.E.
Alger	2	:	2 C.M.	2 C.P.E.
Blida	3	:	1 C.M.	1 C.P.E.
Médéa	4	:	2 C.M.	2 C.P.E.
Milliana	5	:	1 C.M.	2 C.P.E.
Orléansville	6	:	1 C.M.	3 C.P.E.

DEPARTEMENT CONSTANTINE - ARRONDISSEMENT DE BOUGIE (suite)

Arrondissement. P.E. C.M. C. V. D.

BOUGIE.

AKBOU 14

MOUQUA 1;
TIZELIT 3.
BOU HAMZA 1.
ALMALOU 3.
KSOUR 1.
NESS NESS
M 1.
TIGRINE 5.

BOUDJELMIL 1
IGHIL ALI 1

OUZELLECUEN 4.
CHELIL TA 4.
AIT RZINE 2.
TAMOKRA 3.
MI CISNA 3.
BONI TELMI-
COUCHE 3.
BONI.
IGHRAM 1.
= 42.

SOUMMAM 14
DJEMANE 5

SIDI AICH 8

LA REUNION 1

BENIOCHLIS 9.
DRA EL ARBA 4.
IKEDJANE 10.
BOUHOUZA 1.
TAKARI CKT 1.
AZIF EL
HAMMAM 1.
FENJIA 5.
TIFR 1.
KRELIJDJENE 1.
KEBOUCHE 1.
TLOURIT
IJHEL 1.
AZROU M'
BECHAR 1.

= 63.

OUED MARSAL 5
TAHER 1
ELKSEUR 3
DJIGJELLI 2.
SEDDOUK 3

STRASBOURG 4

BENI SERHOUAL 1.
HELENE 1.
BOU ANDAS 1.
DJOU' 2.
BENI AMROUS 2.
KHENDIRAS
AOK'S 1.

= 13.

= 183. malades

DEPARTEMENT DE CONSTANTINE - ARRONDISSEMENT DE SETIF. (66 Malades)

	P.E.	C.M.	C.I.	V.	D.
SETIF	4.				
KERRATA	I.				BENI MAÏ 1.
AIN ROUL	2.				GUERGOUR 3.
					HAMMA 1
		RHIRA I			CHOTT EL
					MELAH 2
					BIR MEDDIDA 1
					BOULELEB 1
					TANEZOUT 1
		TAKITOUNT 2	PERIGOTVILLE 2		GUERGOUR 1
					BABOR 1
					DEHAMCHA 1
					Tribu BOUKTOU 1
					OULED ALI 1
					BOUGHTONE 1
					TIFFREG 3
BIBANS 6.			MEDJANA 3		MIZITA 1
					MANSOUR 3
					ZENOUR 1
					ELMALIM 2
					HANEZH 1
		MSILA I			MELQUZA 4
					DALFA 2
					M'SILA 2
					DREHAT 2
					LOUGMANN 1
AIN TAGROUT I			BIR KASDALI I		
BORDJ BOUR					
ARREDIDJ I		MAADID I			MAADID I
					ELKSOUR 2
					GHARAZI 1
					JEMALA 1
AIN ABESSA 2					
		OUED CHERIF I			BOUHAMDANE I
COLIGNY I					
		EULMAS I			
					MEDJOUNES I

315 malades originaires du département de Constantine pour
257 originaires du départ d'Alger.

- Arrondissement de Bougie (C4) 183 malades.
183 malades proviennent en particulier de la Petite Kabylie
avec leur centre municipaux:
C.M. d'Akbou - du Guergour - Ouest Mersa - La Soummam
7 Malades proviennent des communes de plein exercice.

-Arrondissement de Sétif : (C7) : 66 malades provenant de
 8 C.P.E.
 6 C.M.

-Arrondissement de Batna (C2) : 24 malades : si le niveau de vie de l'Aurès est très bas, il n'en est pas moins vrai que les motifs qui y poussent à l'émigration sont souvent le désir d'acheter de la terre, de se remettre à flot pour pouvoir s'installer au pays.

-Arrondissement de Constantine (C1) : 22 malades.

-Arrondissement de Guelma (C5) : 5 malades.

-Arrondissement de Phillippeville (C6) : 5 malades.

-Arrondissement de Bône (C3) : 3 malades.

Arrondissement	P.E.	C.M.	C.I.	V.	D.	
ORAN.	ST-DENIS DU					
	SIG	1				KROUF I
	ST-LUCIEN	1				
	ASSI KENNE					
	BOUNIF	2				
	ST-CLOUD	1				
	PERREGAUX	1				
	AIN KIAL	1				
	ORAN	5				= 12.
MASCARA	MASCARA	1		AIN GUERCOUR 1	MAKDA	I
	CACHEMI	I				= 4
MOSTAGANEM	MOSTAGANEM	I				
	LAMINA	I				
	INKERMANN				SIDI SAÏDI	I
	RENUULT				MEDIOUNA	I
						= 4
SIDI BEL ABBES						= 0
TIARET	TIARET	I				= I
TLEMCEEN			BENI MENIR 2		DJEBALA	6
	NEMOURS	I	NEDROUMI 6			
	TLEMCEEN	2	MARNIA 7			
			MSIRDA			
			FOULG	3	SOUR EL KHEMIS	4
					ESC	
					MSIRDA TAHTA 7	
	DESCARTES I				MARTIN PIR	
		REMCHI I			MARNIA	I
					MALZIZ	I
						= 40

L'arrondissement de Tlemcen fournit à lui seul dans notre enquête un contingent de 40 malades sur 59 essentiellement originaire de Marnia et de Nedrona.

Ce sont des Berbères arabophones.

Cet arrondissement est de tout ceux d'Algérie celui qui voit partir en France le plus grand nombre de famille musulman -(femmes et enfants)

Donc :

Arrondissement de Tlemcen	40	Tiaret	1	Sidi Bel Abbès	0
Oran	12				
Mostaganem	4				
Mascara	2				

TERRITOIRES DU SUD (12 malades)

Territoires

MIN SEFR	O.M. GERYVILLE	1	KSOUR TIOUT	1	
GHARDIA	O.M. LAGHOUAT	1	Contre		
			MELIKI	1	
TOUGGOURT	O.M. BISKRA	3	OUED SOUF	1	DJAMAA 1 Village DROH 1
			D. TOLGA	1	D.LICHANAI

OASIS = 0.

TERRITOIRES DU SUD :

L'émigration qui atteint son maximum dans le territoire de Touggourt nous explique le fait qu'il y a 8 malades sur 12 originaires de cette région.

Un certain nombre de Mozabites ont émigré temporairement ou définitivement en France. La sécheresse qui décime les troupeaux d'ovins influe énormément sur l'amplitude de ce mouvement d'émigration.

Territoire de Touggourt	8
Min Sefer	2
Ghardia	2
Oasis	0

LIEUX DE NAISSANCE DES MALADES MAROCAINS.

Région d'Agadir = 19 dont :

1 :	Cercle d'Inezgane
12 :	Cercle de Tiznit
1 :	Cercle de Taroudant

Région de Marrakech = 5 dont :

1 :	Cercle de Mogador
1 :	Circonscription d'Imin-Tanat

Région de Casablanca = 4.

Villes Rabat : 1 - Tafilalet : 1 - Bou-Dnit : 1 - Beni Mellah : 1 -

- Les Chleuds (Borbères) constituent 70 % de la colonie marocaine en France; ils sont originaires de la région d'Agadir et de Marrakech.
- En dehors des Chleuds, les marocains musulmans établis en France sont en majorité des anciens militaires provenant des régions de Rabat, de Fès, de Casablanca, ou de Marrakech.
- Il y a des émigrés provenant du Maroc oriental.

La distribution géographique de nos malades au nombre de 46

dont 32 sont classés proviennent pour

19 de la région d'Agadir
5 de la région de Marrakech
4 de la région de Casablanca
etc...

Malades Tunisiens :

- 5 malades sur 15 proviennent de la grande agglomération de Tunis. Les autres sont dispersés dans les différents coins du pays.

xxxx

x

On ne peut manquer de s'émerveiller devant ces tableaux, ces cartes, qui nous montrent que la tuberculose s'installe dans la plupart des localités et suit la même courbe que l'émigration (Douar de 500 habitants avec 5 tuberculeux).

La lutte est difficile et est à l'honneur des responsables des services d'hygiène du pays. Si l'on peut compter sur eux, dans quelle mesure pourrait-on compter sur des malades qui ne sont pas toujours conscients du danger de par leur analphabétisme, du peu d'hygiène dont ils font cas, de la notion de contagion qu'ils n'arrivent pas toujours à comprendre.

Leur amour du travail, du gain et de la famille n'excuserait en rien leur négligence vis-à-vis de leur santé physique.

COMPOSITION DU GROUPEMENT DES MALADES AVEC LEUR AGE.

		Kabyles		<u>Maroc.</u>	<u>Tunis.</u>	<u>Israël.</u>	
		<u>Arabes</u>	<u>Berbères</u>				
15 à 29 ans.		76	102				
	Algériens	178		1	5	3	187
30 à 49 ans.		168	259				
	Algériens	438		31	6	5	480
50 à 69 ans.		24	40				
	Algériens	64		8	1	3	76
						Inclassés	67

							810

Tous nos malades sont des hommes à l'exception d'une seule femme. Leur répartition par âge et groupe ethnique s'effectue pour l'ensemble de nos malades de la façon suivante; (on a compté dans la même colonne les Kabyles "Algérien" et les Berbères "Marocains").

Plus de la moitié de nos malades ont entre 30 et 50 ans. Le quart est représenté par des malades de 15 à 29 ans. Ils arrivent donc en France dans la pleine force de l'âge et représentent de ce fait une puissance de travail intégrale. Le 1/10 seulement de nos malades ont 50 ans passés. Les qualités physique et morale varient quelque peu selon le groupe ethnique. Le Kabyle de régions scolarisées est indéniablement le plus préparé à s'adapter au travail industriel et au genre de vie occidentale.

L'intensification de la scolarisation et l'orientation de cette dernière vers le professionnel pourraient rapidement valoriser la main-d'œuvre des autres régions d'émigration. Nous ne nous étendrons pas plus sur les caractéristiques de chaque groupe ethnique.

Les kabyles sont toujours plus nombreux et plus jeunes que les Arabes. Quant aux Marocains, leur âge moyen, se situe entre 30 et 50 ans 31 malades sur 40 (émigration dirigée).

SITUATION MILITAIRE ET CAMPAGNES.

<u>Exemptés</u> <u>Reformés</u>	Arabes	Kabyles	Maroc.	Tunis.	Israël.	
Algériens	42	64	3	3	1	115
Guerre 14-18	4	10				
Algériens	14		0	0	1	15
Guerre 39-45	25	49				
Algériens	63		3	3	0	69
<u>Autres</u> <u>Campagnes.</u>	4	12				
Algériens	16		0	0	0	16

						TOTAL ... 215

Les casiers de la réponse de nos malades sur leur situation militaire et campagne n'ont été remplis que 215 fois sur quelque 800 malades.

En tablant sur ce chiffre, on peut dire qu'un de nos malade sur 2 a fait la guerre en France ou dans l'Union Française.

Et cette situation explique bien la fixation d'un certain nombre de nos malades en France, le service militaire accompli.

Et plus que la guerre, les besoins de la Défense Nationale a fait appel en 1915 à 78.000 Nord-Africains Algériens comme main-d'oeuvre.

En Janvier 1940, le Ministère du Travail demanda l'envoi dans la métropole de contingents de plusieurs milliers de travailleurs groupés en formation paramilitaire.

Les Marocains, en dehors des Chleuhs (Borbères) sont d'anciens militaires qui ont été libérés en France après la dernière guerre est ainsi qu'on a 6 anciens militaires marocains tuberculeux.

ETAT MATRIMONIAL DES NORDS-AFRICAINS.

	Arabes 127	Kabyles 128	Maroc.	Tunis.	Israël.	
<u>Célibataires</u>						
Algériens	256		32	7	5	300
<u>Mariés</u>	100	204				
Algériens	304		8	6	4	325
<u>Vit Marita- lement.</u>	5	11				
Algériens	16		0	2	0	18
<u>Divorcés</u>	13	22				
Algériens	35		1	0	1	37
<u>Veuufs</u>	5	7				
Algériens	12		4	0	0	16
						= 693
<u>Enfants</u>	87	161				
Algériens	248		4	8	2	= 262 (per- -sonnes avec charge d'enfants.)
<u>Mariés à une Nord-Africaine:</u>	51	116				
Algériens	167		1	2	0	170
<u>à une Française :</u>	18	20				
Algériens	38		0	2	4	44
<u>à une Européenne:</u>	3	0				
Algériens	3		1	0	0	4
<u>Nombre de personnes à charge.</u>						
En France:	28	23				
Algériens	51		4	3	2	60
<u>En Afrique du Nord :</u>	115	225				
Algériens	340		16	7	0	363

SITUATION DE FAMILLE DE NOS MALADES & PERSONNES A CHARGE.

Le Nord-Africain arrive généralement seul en France, célibataire; ou s'il est marié, il laisse femme et enfants sous la garde de ses parents ou grands-parents en Algérie.

Sur les malades classés, il y a autant de célibataires chez nos malades arabes ou Kabyles arabophones que chez les Berbères ou Kabyles.

Un malade sur deux est marié, mais la répartition entre les différentes nationalités est différente.

Le Marocain arrive célibataire en France et reste souvent célibataire

Sur 45 malades, 32 célibataires, 8 mariés.

Si le vie marital ou le divorce se chiffre à 16 et 35 cas chez nos malades français d'Algérie, il y a un cas de divorce chez le groupe de malades marocains.

Le mariage mixte chez le Français Musulman d'Algérie:

38 ménages mixtes à une Française Métropolitaine.

3 " " à une Européenne

--
41 Ménages mixtes pour 167 ménages Algériens.

Une fois sur 4 le Français musulman d'Algérie est marié en France.

Nombre d'enfants:

Un malade sur 3 approximativement à des enfants.

Un malade sur 2 (340 malades sur 693) à des charges familiales en Algérie (enfants, femmes, frères, secours, collatéraux, etc...)

Un malade sur 10 approximativement à des charges de famille en France.

REPARTITION DANS LES ARRONDISSEMENTS DE PARIS

Ce sont les arrondissements périphériques qui comprennent le plus de malades et là où la concentration des Nord Africains est la plus grande.

Sur 368 malades de Paris, 270 sont cantonnés dans 7 arrondissements de Paris :

XVIII	60	V	30
XIX	40	XVII	31
XV	44		
XX	30		
XIII	35		

REPARTITION DANS LES COMMUNES DE LA SEINE ET SEINE-ET-OISE.

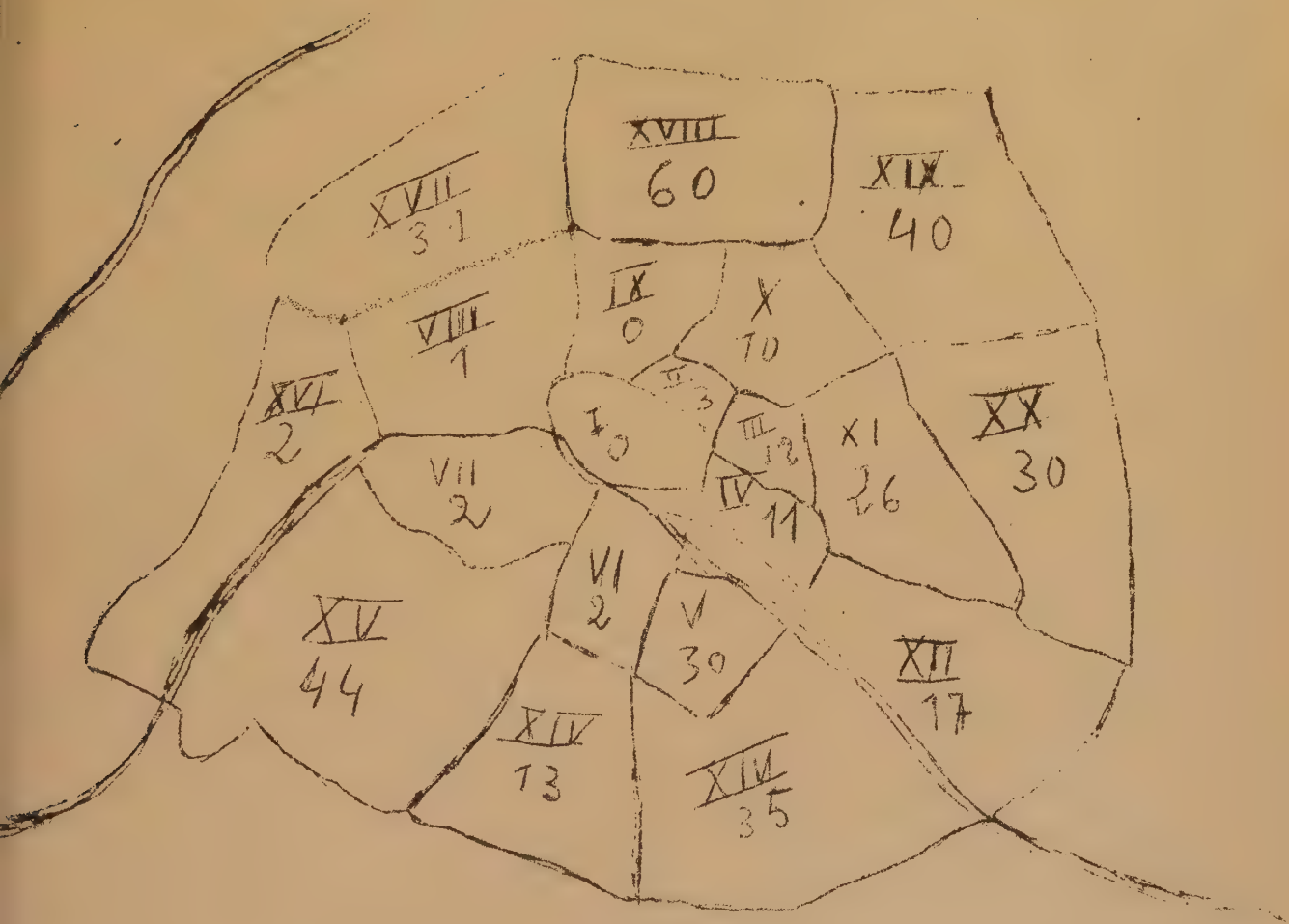
SEINE :

GENEVILLIERS	48	CHOISY-le-ROI	3	BONDY	1
BOULOGNE	25	IVRY	3	CHAMPIGNY	1
CLICHY	23	SURESNES	3	COMPIEGNE	1
AUBERVILLIERS	19	VITRY	3	LEVALLOIS	1
ST-DENIS	17	COLOMBES	2	MAISONS-ALFORT	1
NANTERRE	15	LA COURNEUVE	2	NEUILLY-PLAISANCE	1
COURBEVOIE	11	ALFORTVILLE	1	PIERREFITTE	1
PUTEAUX	10	BILLANCOURT	1	ROMAINVILLE	1
ST-OUEN	8	VILLEMONTE	1	ST-MURICE	1

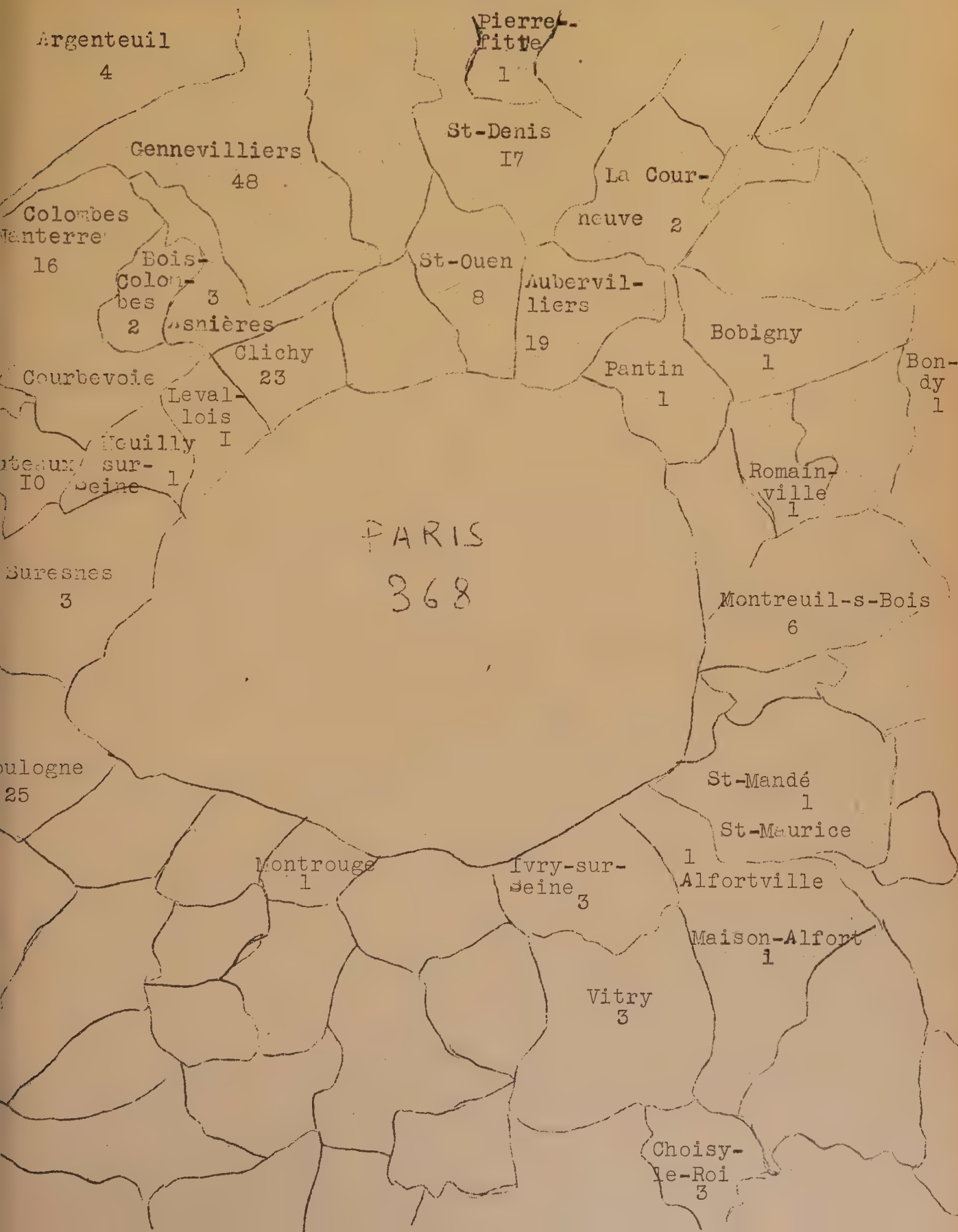
TOTAL 204.

SEINE & OISE :

DIVERS	33		
ARGENTEUIL	4		
MONTFERMEIL	1	TOTAL	<u>38.</u>

REPARTITION DANS LES ARRONDISSEMENTS DE PARIS

REPARTITION DANS LES COMMUNES DE LA SEINE & SEINE- &-OISE



	Arabes 133	Kabyles 227	Maroc.	Tunis.	Israël.	
<u>Manoeuvre</u>						
Algériens		407	20	4	3	434
<u>Manoeuvre spécialisé.</u>						
21		24				
Algériens		45	6	1	1	53
<u>O.S.</u>						
9		18				
Algériens		30	3	2	0	35
<u>+ 1 profession</u>						
13		57				
Algériens		70	5	1	0	76
<u>+ de 5 professions</u>						
4		20				
Algériens		24	2	1	0	27

Divers : Agriculteurs 4, Bois 2 ; Halles 1, commerçants 5, comptables 1, camelots 3, menuisier 1, facteur 1, professeur de danse 1, coiffeurs 2,

Arrivant souvent du fond de sa campagne, de sa tribu ou de son douar, analphabète, sans aucun apprentissage technique, est le travail de force, le travail de manoeuvre qui l'attend.

Les 4/5 de nos malades classés sont manoeuvres.

Le 1/5, des ouvriers spécialisés, rarement des professionnels.

Leur situation précaire de manoeuvre, leur analphabétisme, leur manque d'apprentissage, leur inadaptabilité expliquent les changements de travail multiples, à la recherche en vain d'un travail où ils donneraient toute leur mesure.

1 Malade sur 5 a changé de branche d'industrie.

1 Malade sur 20 a changé plus de six fois de genre de travail.

Cette situation nous montre l'intérêt d'orienter cette main-d'oeuvre, de la placer là où elle aurait le plus de chance de persévérer et de s'adapter au plus vite.

	Arabes	Kabyles	Maroc.	Tunis.	Israël.	
<u>Industrie</u>						
<u>Automobile</u>	23	54				
Algériens	74		3	0	0	77
<u>Bâtiments</u>	25	35				
Algériens	60		3	0	0	63
<u>Chimique</u>	14	12				
Algériens	24		0	2	0	26
<u>Mines</u>	6	5				
Algériens	11		0	0	0	11
<u>Garçon de Café</u>	8	13				
Algériens	19		2	0	0	21
<u>Chômage</u>	8	7				
Algériens	14		0	1	1	17

L'industrie automobile vient en tête : 1 malade sur 3 classés, travaille dans l'industrie automobile et on connaît les réalisations multiples et magnifiques de la Régie Nationale Renault en faveur du travailleur Nord-Africain.

Tout de suite après viennent les travaux de bâtiments, l'industrie chimique, les mines.

Le métier de garçon de café : 21 ! ne peut manquer de frapper.

Sur 200 malades étiquetés au point de vue branche de l'industrie, 21 garçons de café nous donnent 1 malade pour 10 : ce sont généralement de garçon de café dans des cafés arabes.

Les Chômeurs paient également tribut à la maladie tuberculeuse. Le Nord-Africain ne tombe pas seulement malade en travaillant, mais aussi pendant qu'il recherche du travail à son arrivée.

Ancien malade, le Nord-Africain trouve aussi des difficultés à se faire embaucher : avec un travail de force, c'est encore la rechute qui le guette.

<u>tes</u>	<u>Arabes</u>	<u>Kebyles</u>	<u>Maroc.</u>	<u>Tunis.</u>	<u>Israël.</u>	
<u>00-1920</u>	10	16				
Algériens	26		4	0	1	31
<u>21-1939</u>	43	75				
Algériens	117		14	0	2	133
<u>40-1945</u>	30	23				
Algériens	53		10	2	0	65
<u>46-1950</u>	100	194				
Algériens	294		17	5	7	323
<u>50-1954</u>	64	50				
Algériens	114		0	5	1	120

					Total ...	672
						===

Dans l'historique de l'émigration Nord-Africaine, nous avons déjà eu l'occasion de tracer les étapes de cette émigration et de montrer qu'elle a commencé au début du XXème siècle.

1912 : 4 à 5.000 Algériens employés en France.

1915-1918: 78.000 Algériens recrutés par réquisition et envoyés en France, ont laissé leur sémi-ent, après la guerre et le nombre de nos malades est de 31 parmi eux. Et la courbe ascendante de malade va être parallèle aux grandes périodes d'émigration: guerre, après-guerre.

117 de nos malades Algériens, sont arrivés comme émigrants entre 21-1939 (période de 20 ans).

461 malades, 15 ans après.

On pourrait dire autant de l'émigration marocaine qui toute proportion gardée est moins accentuée dans sa courbe ascendante (émigration rigée).

LIEUX D'ARRIVEE & FIXATIONS DES NORD-AFRICAINS EN FRANCE

	<u>Arabes.</u>	<u>Kabyles</u>	<u>Maroc.</u>	<u>Tunis.</u>	<u>Israël.</u>	
<u>Région Parisienne</u>	161	262				
Algériens	413		32	7	5	457
<u>Marseille</u>	41	26				
Algériens	77		4	3	4	88
<u>Le Nord</u>	9	16				
Algériens	27		0	1	0	28
<u>Le Centre</u>	5	6				
Algériens	11		3	0	0	14
<u>Lyon</u>	4	6				
Algériens	10		0	1	0	11
<u>Bordeaux</u>	1	3				
Algériens	4		4	0	0	8+6

Belgique : 3, Jura : 1, Toulouse : 1, Rouen : 1						612.
						====

Un de nos malades sur 2 arrivent directement à Paris ou dans la région parisienne. Et ceci répond bien à la distribution géographique du Nord-Africain en France.

150.000 à Paris et dans la banlieue.

L'autre moitié dans le reste de la France.

Comme le lieu d'arrivée ne coïncide pas nécessairement avec leur lieu de fixation, c'est encore Marseille tout de suite après la région parisienne qui voit le plus de Nord-Africains à leur arrivée en France.

Ce n'est là encore qu'une plaque tournante et de premier contact plus ou moins heureux avec la métropole et tout de suite après Marseille, est la région du Nord et les Ardennes qui attirent le main-d'œuvre Nord-Africaine comme mineur de fond. Et on n'a qu'à classer la région industrielle de France pour trouver parallèlement et proportionnellement à leur importance des noyaux de Nord-Africains.

	<u>Arabes</u>	<u>Kabyles</u>	<u>Maroc.</u>	<u>Tunis.</u>	<u>Israël.</u>	
<u>Analphabète</u>	121	140				
Algériens	336		28	1	2	367
<u>Parle</u> (Kabyle						
(Arabe						
(Français	5	283				
Algériens	288		9	0	0	297
<u>Parle</u> (Kabyle	0	34				
seulement.						
Algériens	34		0	0	0	34
<u>Parle</u> (Arabe	183	15				
Algériens	162		18	11	7	205
<u>Parle</u> (Français	155	33				
(très bien)						
Algériens	166		18	8	5	197

367 analphabètes pour 227 malades écrivant l'arabe ou le Français, ou les 2 langues : voilà ce qui est réconfortant.

La masse des analphabètes en Afrique du Nord dépasse largement ce rapport, et cette situation de fait est à l'honneur des différents organismes publics ou privés qui organisent des cours en sanatoriums dans des centres industriels pour la main-d'œuvre Nord-Africaine en vue de son avancement hiérarchique.

Presque 1 malade sur 2 parle sans écrire le Kabyle, l'Arabe, et le Français (la plupart, sont kabyles ou kabyliaralisés).

Si l'on trouve 34 malades seulement parlant le Kabyle exclusivement (alors qu'au départ, nous avions trouvé au point de vue ethnique le Kabyle dans le rapport 1 à 1 avec l'Arabe); est qu'il y a un fait historique, un nombre considérable de kabyles sont arabités. Un autre fait actuel celui-là, est que si l'Arabe parlé l'emporte de beaucoup sur le Kabyle parlé exclusivement, il n'en est plus de même pour le Français.

NIVEAU D'INSTRUCTION (Suite)

	(Arabe (Français	Arabes	Kabyles	Maroc.	Tunis.	Israël.	
crit	Algériens	65	87	3	7	5	100
crit	(Français Algériens	21	64	3	2	1	84
crit	(Arabe Algériens	25	18	5	2	0	43
diplômes certificats	Algériens	11	18	0	2	2	33
apprentissage	Algériens	3	5	0	0	0	9

Allemand 1; Anglais 1; Espagnol 1; Italien 1; Langues étrangères

Il y a presque autant de malades qui parlent le Français que de malades qui parlent l'Arabe.

Dans les connaissances écrites de l'Arabe et du Français, les rapports se présentent sous un jour nouveau.

Sur 87 malades, 2 Arabes pour un Kabyle écrivent l'Arabe et le Français.

Sur 80 malades, qui écrivent le Français exclusivement, il y a 3 fois plus de malades Kabyles que d'Arabes.

Connaissances techniques :

Malgré les efforts employés par Des Services publics et privés, cours du soir, cours préparatoire pour une qualification, cours de formation, professionnelle accélérée, à l'honneur du Ministère du Travail de l'Intérieur, de la Santé et de la Population, malgré l'effort des Entreprises industrielles nationales ou privées, l'effort louable de l'équipe de bonne volonté qui en tient le Renseignement, CHYS des E.S.N.A., l'obtention de certificats d'apprentissage reste chose rare.

33 malades sur 600 ont un certificat d'études primaires obtenu en Algérie ou Tunisie.

9 malades ont un certificat d'apprentissage.

NIVEAU D'INSTRUCTION (suite)

	(Arabe (Français	Arabes 65	Kabyles 25	Maroc. 3	Tunis. 7	Israël. 3	
crit	Algériens		87				100
crit	(Français Algériens	21	64	3	2	1	84
crit	(Arabe Algériens	25	18	5	2	0	43
diplômes certificats	Algériens	11	29	0	2	2	33
apprentissage	Algériens	3	8	0	0	0	9

Allemand 1; Anglais 1; Espagnol 1; Italien 1; langues étrangères

Il y a presque autant de malades qui parlent le Français que malade qui parlent l'Arabe.

Dans les connaissances écrites de l'Arabe et du Français, les rapports se présentent sous un jour nouveau.

Sur 87 malades, 2 Arabes pour un Kabyle écrivent l'Arabe et le français.

Sur 80 malades, qui écrivent le Français exclusivement, il y a 3 fois plus de malades kabyles que d'Arabes.

Connaissances techniques :

Malgré les efforts employés par les Services publics et privés, cours préparatoire pour une qualification, cours de formation, professionnelle accélérée, à l'initiative du Ministère du Travail de l'Intérieur, de la Santé et de la Population malgré l'effort des Entreprises industrielles nationales ou privées, l'effort louable de l'équipe de bonne volonté qui en toute la Havirandère, CHYS des E.S.N.A. l'obtention de certificats d'apprentissage reste chose rare.

33 malades sur 600 ont un certificat d'études primaires obtenu en Algérie ou Tunisie.

9 malades ont un certificat d'apprentissage.

MOYENNE MENSUELLE DUGAIN
MOYENNE MENSUELLE DES ENVOIS EN AFRIQUE DU NORD.

	10.000	20.000	30.000	40.000	50.000	60.000	70.000	80.000
ains	31	190	251	52	5	1	0	0
envois								
0.000	2	51	80	12				
0.000	1	20	49	14				
5.000		1	10	5				
0.000			6	4	1	1		

Ce tableau montre des chiffres très approximatifs. Les taux de gains mensuels s'échelonnent de 1947 à 1954 ainsi que les moyennes mensuelles des envois en Afrique du Nord.

Le taux élevé parfois du gain mensuel s'explique par les heures supplémentaires de travail que le manoeuvre ou l'ouvrier spécialisé fait son lieu de travail ou dans une autre maison.

Ces envois mensuels en Afrique du Nord expliquent une fois de plus les charges familiales du malade et les privations personnelles auxquelles il s'astreint alors qu'il était valide, pour subvenir aux soins de sa famille nombreuse restée en Algérie.

CONDITIONS D'ALIMENTATION

	<u>Arabes</u>	<u>Kabyles</u>	<u>Maroc.</u>	<u>Tunis.</u>	<u>Israël.</u>	
<u>Normale.</u>	220	265				
Algériens	421		37	10	7	465
<u>Sous-Alimentation</u>						
<u>légère</u>	67	85				
Algériens	142		7	0	3	152
<u>Sous-Alimentation</u>						
<u>caractérisée</u>	3	13				
Algériens	16		0	0	0	16

						633

fin : 10

refuse de parler de son Alimentation 2.

Nous avons réservé ce chapitre à la fin de notre étude sociale.

Les conditions d'habitations nous laissent déjà entrevoir le mode de contagion tuberculeuse par la cohabitation.

Les conditions alimentaires de nos malades vont nous donner l'idée de la déficience physiologique qui crée un terrain favorable à l'évolution de formes graves de tuberculose.

Ce chapitre est aussi complexe que celui du logement du Nord-Africain et demande plus d'interprétations qu'aucun autre.

Il faut comprendre ces chiffres à la lueur de la mentalité et des traditions alimentaires du malade Nord-Africain.

On connaît déjà les envois mensuels du Nord-Africain à sa famille : cela suppose nécessairement un certain nombre de restrictions et de privations quant au logement et à la nourriture.

Quand leur fierté malade et leur pudeur ne faussent pas leur réponse, leurs conceptions traditionnelles d'une alimentation normale expliqueraient les chiffres avancés dans ce tableau.

Les 411 malades qui disent avoir une alimentation normale sont des malades qui mangent chez eux et à "leur goût" : pain, couscous, ragoût ... (viande, de mouton, sauce et légumes épicés).

L'alimentation normale de nos malades peut-être quantitativement suffisante, mais non qualitativement : il n'en reste pas moins que pour un travailleur de force, pain, couscous et ragoût ne peuvent constituer une alimentation rationnelle, énergétiquement suffisante.

168 malades avaient l'insuffisance volontaire de leur nourriture et l'expliquent par le désir de savoir que leurs enfants et les leurs restés en Algérie mangent à leur faim.

CONDITIONS D'HABITATIONS.

	<u>Arabes</u>	<u>Kabyles</u>	<u>Maroc.</u>	<u>Tunis.</u>	<u>Israël.</u>	
<u>Hôtel</u>	140	251				
Algériens	352		30	6	3	391
<u>Hôtel en groupe</u>	38	85				
Algériens	116		7	0	0	123
<u>Hôtel en dortoir</u>	1	2				
Algériens	3		0	0	0	3
<u>Appartement</u>	39	25				
Algériens	51		6	4	3	64
<u>Campements ouvriers</u>	5	7				
Algériens	12		0	0	0	12
<u>Foyer N.A.</u>	8	6				
Algériens	13		1	0	0	14
<u>Sans domicile</u>	30	11				
Algériens	41		2	4	3	49
<u>Chambres de bonne</u>	12	0				
Algériens	2		0	0	0	2

Les Services Publics et Privés déploient toujours de grands efforts pour l'hébergement du Nord-Africain, mais le problème est ~~encore~~ ~~encore~~ encore d'être résolu entièrement.

391 sur 661 malade, à leur dire, habitent l'hôtel; mais généralement ces hôtels sont tenus par des Nord-Africains dont les mobiles actifs ne sont pas le confort, ou l'hygiène de l'habitation mais le lucre immédiat. La pudeur connue du malade Nord-Africain, doit faire rectifier ce chiffre; et si les 391 malades Nord-Africain habitent l'hôtel, il faut comprendre plutôt hôtel en groupe, où plusieurs Nord-Africains habitent la même pièce; et ajoutez à ce chiffre 123: nous aurons 514 malades sur 661 habitent à plusieurs dans la même pièce et on comprend toutes les conséquences inhérentes quant à la contagion.

L'arrivée de famille Nord-Africaine dans la Métropole, le mariage à une Européenne amènent le Nord-Africain à trouver une solution.

1 Malade sur 12 habite un appartement;

Quant à l'hébergement public et privé, campement ouvrier, foyer Nord-Africain, 26 de nos malades en profitent.

Les sans domicile, 41 comprennent les malades arrivés pour soins;

Les malades qui ont toujours demandés l'hospitalité à des coreligionnaires plus favorisés, et les sans abris, clients des refuges de Abbé Pieyre.

Autant il était relativement facile de sérier les conditions sociales de nos malades parce que nous les voyons vivre, autant il s'avère difficile de scruter dans le passé pathologique de leur famille.

Les chiffres avancés sur les cas de tuberculose dans les antécédents familiaux sont tout relatifs.

Que de malades nous ont parlé de "fièvre" chez un père, une mère fièvre dont l'étiologie n'a pas été étiquetée : accès palustres ? tuberculose ? ou autres affections. La mort des parents et ascendants vient ter encore les ténèbres dans ce chapitre particulier.

En tout cas, nous avons pu noter au passage, 57 tuberculoses familiales, qui ajoutées à 32 contacts certains, nous font le chiffre 89 pour quelque huit cents malades.

Tuberculose des ascendants :

Sur 13 tuberculoses des ascendants, 5 mères et 2 pères décédés tuberculose.

Tuberculose des frères :

17 cas mais un seul décès.

" des sœurs :

4 cas mais 2 décès.

Tuberculose de la conjointe :

10 cas avec 4 décès.

Tuberculose des enfants :

6 cas avec 2 méningites tuberculeuses.

Contact avec un tuberculeux : en plus du contact dans le milieu familial, nous avons 32 contacts extra-familiaux : client du café, amis, sites à des malades tuberculeux.

EX

2

NOTION DE PRIMO-INFECTION ET LA VACCINATION PAR LE

B.C.G.

Entre Décembre 1949 et Mai 1952, une campagne de vaccination par le B.C.G. entreprise d'abord par la Campagne Internationale contre tuberculose, assurée ensuite par le Gouvernement général de l'Algérie touché 1.017.981 sujets dont la cuti-réaction était négative, et qui représentaient 50 % de cuti-réactions pratiquées.

Le pourcentage de tuberculino-réactions devenue positive a varié de 67 à 99 %, en moyenne 91, 11 %.

Cette campagne n'aurait touché que 6 de nos malades en raison leur âge : pour un cas la cuti est restée négative tandis que pour un autre cas, la tuberculose est apparue la même année que la vaccination et la tuberculose est certes moins grave.

Les travaux de Mr. Levi-Valensi et de ses élèves ont montré que l'index de tuberculisation à conditions sociales équivalentes est sensiblement le même chez les enfants musulmans que chez les enfants européens. Leurs primo-infections sont d'après les travaux du même auteur également équivalentes en nombre et en gravité. (toujours à conditions sociales égales, quant à l'hygiène et à l'habitat).

Certes la primo-infection peut passer inaperçue chez le Nord-Africain lorsqu'il est en Algérie : virage, simple des tests tuberculiniens, et est certainement le cas de nos malades.

Mais le Nord-Africain lorsqu'il fait sa primo-infection en France, est généralement une primo-infection sévère, en témoigne le tiers des malades du service de médecine de l'hôpital Franco-Musulman qui présentent des primo-infections dépassées ou des pleurésies.

Et lorsque cette primo-infection n'est pas soignée d'une façon adéquate, il y a interférence des stades.

XXXX

XX

LES AUTRES LOCALISATIONS TUBERCULEUSES.

I - La tuberculose ganglionnaire : 28 cas.

L'atteinte ganglionnaire est très fréquente et très exubérante.

1 malade sur 30 a présenté une tuberculose ganglionnaire.

dont : 11 cervicales

11 thoraciques

6 iliaque et lombaire

--

28 est dire toute la susceptibilité du système lymphatique et ganglionnaire chez le Nord-Africain.

II - La tuberculose ostéo-articulaire : 25 cas.

La fréquence des ostéites et de ostéo-arthrites tuberculeuse est également très grande dans les antécédents.

11 Potts

2 tuberculoses du coude

3 hydatrothoses

5 tumeurs blanches du genou

4 tuberculose tibio-tarsienne

III - La tuberculose cutanée et laryngée.

8 laryngites

8 tuberculoses anales

IV - La tuberculose

génitale 3

V - La tuberculose

viscérale et di-

verses

11

--

81 tuberculoses externes pour 700 malades

7 malades sur 8 ont présentés une tuberculose externe.

VI - Les polytuberculeux : 10 malades sur 81 ont présenté deux tuberculoses externes.

LES ANTECEDENTS PERSONNELS NON TUBERCULEUX.

Leur recherche présente les mêmes difficultés que la tuberculose de l'entourage. Souvent le malade nous a parlé de son alitement voire même de son hospitalisation sans pouvoir nous dire l'étiquette mise sur sa maladie.

Par contre les interventions pratiquées ou les accidents de travail sont retenus.

La recherche de maladies endémiques (paludisme, amiliare) est aléatoire.

L'éthylisme, les maladies vénériennes sont rarement avoués.

La part des maladies Africaines : paludisme, amiliare, typhus reste très faible dans la morbidité Nord-Africaine :

- 3 accès palustres
- 2 dysenteries amibiennes
- 2 typhus exanthématiques

7 maladies exotiques pour quelque cent maladies.

La gamme clinique des affections rencontrées est superposable à celle de la population métropolitaine en général; Ce sont, les germes et les virus métropolitains qui accueillent le Nord-Africain à son arrivée. Ce sont pneumopathie, de maladies vénériennes, de maladies professionnelles qu'ils contractent en France.

Les maladies vénériennes : la plupart des syphilis constatées chez nos malades sont des syphilis sérologiques sans manifestations cliniques.

- 22 syphilis sérologiques pour 1 syphilis primaires
- 2 syphilis secondaires
- 2 syphilis nerveuses.

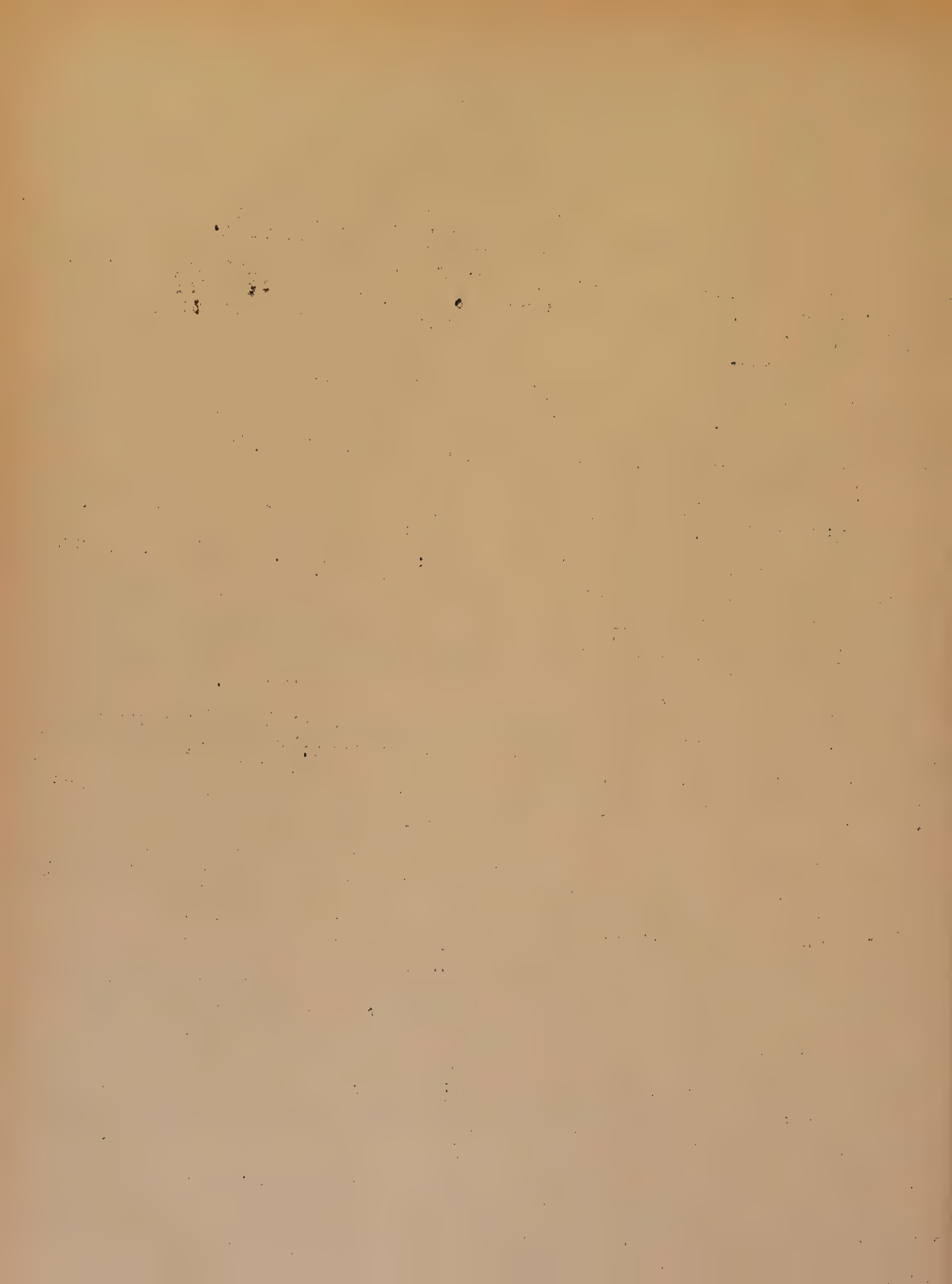
Il est à souligner que si le Nord-Africain amène la syphilis en France, il la contracte parfois aussi dans la métropole.

Les maladies psychiatriques : 5 cas.

"D'après des observations prises sur des cas de psychose chez le Nord-Africain, on pourrait calquer une observation métropolitaine ayant comporté le même diagnostic et justifié le même traitement."

La pathologie digestive reste chez le Nord-Africain un chapitre obscur.

Nous n'avons pas trouvé un seul cas de trachome chez nos malades tuberculeux. Les malades des territoires du Sud Algérien sont au nombre de douze.



Presque 1 malade sur 2 est rentré dans la tuberculose par des signes généraux et des signes fonctionnels notables.

Le Nord-Africain, à cause de sa susceptibilité bronchique est généralement un toussueur chronique et nous savons tout ce qui a été dit sur la "Bronchite des Arabes", la "Bronchite de tirailleurs".

Ce n'est qu'une température élevée, un amaigrissement notable qui rendent conscient le Nord-Africain de sa maladie et l'amène à consulter.

Plus encore, l'hémoptysie : 110 hémoptysies pour 239 débuts. Mais nous pourrions parler encore cette fois "d'hémoptysie salutaire" si elle n'est pas catéchysimique, c'est leur seul signe fonctionnel qui impressionne le malade Nord-Africain et l'amène à accepter tous les traitements proposés, les longues cures : le médecin a toute autorité sur son malade et toute sa confiance.

Lorsque les signes généraux ou les signes fonctionnels ne sont pas notables, lorsque le malade ne ressent aucun signe alarmant, que la découverte de la maladie est faite lors d'un examen systématique ou visite d'embauche, le Nord-Africain l'on prend difficilement sa maladie : il se plie mal à la discipline hospitalière ou sanatoriale :

Il comprend encore moins qu'on lui refuse le travail ou qu'on l'arrête de travailler.

Nous avons trouvé au cours de notre enquête le cas de 3 dépistés qui passant outre les conseils des services de médecine du travail ont cherché et trouvé du travail. Ce n'est que lorsque leur travail les a épuisés, que leurs forces les ont trahis qu'ils ont accepté d'être hospitalisés.

AUTRE DÉBUTS :

Nous avons trouvé comme autre début de la tuberculose pulmonaire chez nos malades de débuts par

1/ des tuberculose externes :

- 4 tuberculoses ganglionnaires
- 7 ostéo arthrites
- 2 tuberculoses génitales
- 1 tuberculose cutanée

2/ début par pneumopathies :

- 6 pneumopathies grippales
- 8 pleurésies dont une à l'occasion d'une récurrence
- 2 abcès du poumon

3/ A l'occasion d'un accident de travail :

- 3 dont un a provoqué un pneumothorax spontané

4/ A l'occasion d'une intervention :

- 3 pour hernie, hémorroïdes, intervention sur régions iliaques

5/ A l'occasion de douleurs épigastriques

- 1 début

6/ A l'occasion d'un ictère

- 2 débuts

7/ A l'occasion d'un R.A.A.

- 1 début

8/ A l'occasion d'accès palustre

- 1 début

CONTRIBUTION DES MEDECINS ET DES ORGANISMES MEDICAUX PUBLICS & PRIVES A LA DECOUVERTE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES MALADES.

Inclassés	80
Médecin praticien	III
Service de médecine du travail	173
Dispensaire	128
Hôpital	300
Armée	9
Sécurité Sociale	2
Médecin et dispensaire	7
Afrique Nord	7
	810

Un de nos malades sur 2 a été dépistés par des centres hospitaliers : ce chiffre de 300 se rapproche des débuts aigus : le Nord-Africain très touché au point de vue état général se dirige de lui-même à la consultation des hôpitaux dans l'espoir d'être hospitalisés, persuadé à juste titre que c'est la seule solution pour lui pour recevoir des soins.

Après l'hôpital, ce sont les services de médecine du travail qui ont dépisté la tuberculose de nos malades : un malade sur 4 a été dépisté lors d'un examen d'embauche ou lors des examens périodiques effectués par les services médicaux d'entreprise.

Le dispensaire ou le médecin ont dépisté le 1/3 de nos malades.

Sur 810 malades, il y a 157 malades dont nous n'avons pas pu avoir les délais de temps entre leur arrivée dans la métropole et l'apparition de la maladie.

Ce chapitre porte donc seulement sur 653 malades dont voici le tableau:

non classés	157	17 ans	8
arrivant pour soins .	17	18 ans	4
malades	29	19 ans	5
mois)	14	20 ans	8
mois) 100	26	21 "	5
mois)	5	22 "	11
an)	55	23 "	2
ans	84	24 "	9
ans	44	25 "	3
ans	61	26 "	5
ans	52	27 "	3
ans	50	28 "	6
ans	17	29 "	3
ans	11	30 "	8
ans	6	31 "	2
0 "	10	32 "	5
1 "	10	33 "	5
2 "	9	34 "	1
3 "	10	35 "	5
4 "	10	36 "	1
5 "	14	37 "	2
6 "	17	38 "	1

Il y a certes un nombre de malades qui dépistés en Afrique du Nord sont dirigés par leur médecin sur un service hospitalier parisien ou un sanatorium de France: et nous savons toute la renommée médicale dont jouit la France auprès des malades Nord-Africains.

Mais leur nombre reste encore faible par rapport à l'ensemble des malades. 17 pour 653 malades, soit un malade pour 38 arrivant pour soins en France.

Il y a également 29 malades dans notre enquête qui sont venus travailler en France, ignorant qu'ils étaient malades, et ce n'est qu'à l'examen d'embauche que leur a été révélée leur tuberculose latente.

Ceux qui cherchent à travailler en arrivant tout en se sachant malades sont relativement rares; il n'en reste pas moins qu'un de nos malades sur 22 arrivant dans la métropole était déjà tuberculeux.

Mais est la première année de séjour en France qui reste la plus dangereuse pour le Nord-Africain puisqu'un malade sur 6 devient tuberculeux durant cette période.

La 2ème année, la 3ème, la 4ème, la 5ème, la 6ème, année sont également dangereuses.

Ce n'est qu'à partir de la 7ème année que le nombre des Nord-Africains tombés malades devient relativement restreint avec un chiffre toujours inférieur à 20 de la 7ème année à la 16ème année de séjour.

A partir de 17 ans de séjour, le nombre de Nord-Africain tombés malade est inférieur à 10, et cela jusqu'à 38 ans.

FORMES CHIMIQUES DE LA TUBERCULOSE DU NORD-AFRICAINS

Classification adoptée pour définir l'aspect initial des lésions :

I/- L'aspect morphologique de lésions radiologiquement parlant a été défini de la façon suivante :

Images cavitaires

Images nodulaires et trabeculo-nodulaires

Opacité dense et homogène : circonscrites ou en plaque plus au moins étendues.

Rarement, l'une ou l'autre des images, était observée isolément ; mais souvent il s'agissait d'images polymorphes résultant de l'association des images élémentaires précédentes qu'il était facile de décrire en utilisant la même terminologie.

Chez nos malades nous avons trouvé :

Inconnus au point de vue image : 33

Image cavitaire : 545

" nodulaire : 185

Opacités denses : 47

810

1/ 70% de nos malades ont des images cavitaires uni ou bilatérales

2/ 24% " " " " " " " nodulaires et trabeculo-nodulaires.

3/ 6% de nos malades ont des images de opacités denses et homogènes

II/- L'importance des lésions qu'expriment à la fois l'étendue globale des zones lésées dans les 2 champs pulmonaires et leur caractère morphologique a été définie de la façon suivante :

I/ Sont peu importantes ou peu étendues les lésions dont l'étendue globale est inférieure à 1/6 d'un parenchyme pulmonaire.

S'il existe une cavité, elle doit être très petite, inférieure à 1 cm.

2/ Sont moyennement importantes (ou moyennement étendues les lésions dont l'étendue globale excèdent 1/6 mais n'excèdent pas 1/3 d'un parenchyme pulmonaire. S'il existe une cavité, son diamètre doit être inférieur à 4 cm. S'il existe plusieurs cavités le diamètre totalisé doit être inférieur à 4 cm.

Chez nos malades nous avons trouvé :

Lésions peu étendues 193

" moyennes 433

" étendues 151

777

56% de nos malades ont des lésions moyennes.

24% " " " " " " " peu étendues

20% " " " " " " " étendues

III/- La notion d'uni ou de bilatéralité de lésions a également

Unilatéralité	373
Bilatéralité	404
	<u>777</u>
52 % de nos malades ont une tuberculose bilatérale	
48 % " " " " " " " unilatérale	

-Mais la bilatéralité d'un malade est une bilatéralité d'em-
blée puisque nous n'avons trouvé que 15 cas de bilatéralisation secondaire

-Le choix de cette classification est motivée par l'interférence des stades chez nos malades :

Des cas de complexe primaire avec fins granulations
de 2 champs pulmonaires.

-Nous avons pu noter en passant 53 lobites souvent limitée, quelquefois dépassées dont 43 lobites supérieures droites.

-La tuberculose pleuro-pulmonaire est aussi fréquente.

I9 tuberculose pleuro-pulmonaire

4 pleurésies purulentes

1 pleurésie hémorragique.

-1 malade sur 30 présente une tuberculose pleuro-pulmonaire.

Nous avons noté également neuf pneumothorax spontanés se décomposant ainsi : 6 pneumothorax avec perforation pleuro-pulmonaire atteinte de la plèvre et réaction purulente à B.K.

4 pneumothorax spontanés dont 1 a répétition grave
1 bénin.

Sur les 545 molades qui présentaient des images cavitaires, 9 seulement présentaient une cavité isolée en parenchyme sain,

8 tuberculoses bronchiques ont été dépistées; par centre nous avons trouvé qu'une seule miliaire.

Lésions associées à la tuberculose :

D.D.B.	3	Kyste aérien	1
Images bulleuses	2	Asthme	2
Silicose 5 dont 3 ?			

Au terme de ce chapitre, nous pourrions conclure que la tuberculose de nos malades est généralement une tuberculose cavitaires, moyennement étendue pourrait être uni ou bilatérale.

CONCLUSIONS SUR L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE DE NOS MALADES

L'appréciation de modifications radiologiques en cours de traitement, ou enfin de traitement a été toujours notée de façon sévère.

La mention guérison apparente n'a été notée que lorsque toute ombre résiduelle s'était effacée.

La mention amélioration n'a été retenue que lorsque l'étendue des images avait diminué de plus de la moitié.

La mention état stationnaire a été réservée aux cas où l'image radiologique est restée inchangée, ou a subi des modifications minimales.

La mention aggravation a été portée sur les cas où il y avait extension notable des images radiologiques malgré le traitement.

Nos conclusions n'ont pu porter que sur 642 malades 168 autres tant inclassés parce qu'ils ont été nouvellement entrés à l'hôpital ou en sanatorium.

26,7 %	de nos malades connaissent une guérison apparente
39,8 %	sont améliorés
24,6 %	tuberculoses sont stationnaires
6,6 %	" " aggravées
2,3 %	le malade décédé

La tuberculose de nos malades apparaît pour 6,5 % des cas une tuberculose jeune, réagissant bien au traitement.

RECHUTES ET POUSSEES EVOLUTIVES.

Rechute au bout de 6 mois.....	1
1 an	7
2 ans.....	14
3 ans.....	3
4 ans.....	7
5 ans.....	4
6 ans.....	3
7 ans.....	2
11 ans.....	2

43 malades de notre enquête, soit un malade sur 18 ont fait une rechute ou une poussée évolutive.

Le maximum de rechute se situe au bout de 2 ans, puisqu'une rechute ou une poussée évolutive sur 3 se situe au bout de cette période.

Le travail est permis à quelques malades qui présentent une tuberculose minime; mais par suite de la négligence du malade, du travail dur de manoeuvre, des poussées évolutives ne sont pas rares.

D'anciens tuberculeux, valides mais sans travail font des rechutes, faute de pouvoir manger à leur faim.

Tandis que pour d'autres, s'il y a eu consolidation de la guérison en Algérie, il y a rechute après un court séjour dans la métropole.

Pour d'autres c'est l'inverse, stabilisé en France, il fera sa rechute en Algérie.

Le problème du reclassement des anciens tuberculeux valides Nord-Africains reste entier.

DESTINATION DE NOS MALADES

Sur 810 malades.

163 comptent rentrer définitivement en Algérie

283 restent en France

364 sont hésitants ou n'ont pas voulu répondre à la question à savoir s'ils restent en France métropolitaine, ou s'ils repartent en Afrique du Nord.

Donc on peut dire en tenant compte seulement de 2 premiers chiffres qu'il y a beaucoup plus de malade qui comptent rester définitivement en France que de malades qui comptent repartir pour l'Algérie.

Certes nos malades n'ont pas coupé court avec leur pays natal et les allers-retour se chiffrent par 2 - 3 - 4 jusqu'à 9 pour quelques uns de nos malades.

Les malades Nord-Africains, lorsqu'ils ne présentent pas de signes généraux ou de signes fonctionnels très intenses, se plient mal à la discipline hospitalière ou sanatoriale. Ils comprennent encore moins l'utilité de longues cures :

Refus de soins	24
Sortis sur sa demande	23
" par mesure disciplinaire	16
Transférés	6
Refusé de partir en sanatorium	3
Sort contre avis médical	5

C'est ainsi que nous avons rencontré lors de notre enquête de malade qui voulant travailler à tout prix ont quitté hôpitaux ou sanatoriums, se se font fait embaucher dans de petite entreprise, et ont travaillé jusqu'à l'épuisement de leur force.

C'est dire la nécessité d'avoir des médecins arabophones qui comprennent la mentalité des ouvriers Nord-Africains malades, parlent leur langue et leur langage pour les persuader de l'utilité des longues cures et de l'urgence de certaines interventions chirurgicales.

En addi

COLLAPSOOTHERAPIES MEDICALES & CHIRURGICALES.

En additionnant tous les pneumothorax réussis ou infructueux nous avons trouvé 333 pneumothorax pour 800 malades, c'est dire que la tuberculose du Nord-Africain est une tuberculose jeune, réagissant bien au traitement médical. Mais les antécédents pleurétiques (30 pleurésies, 21 séquelles pleurales) expliquent les 66 cas de tentatives infructueuses, expliquent aussi les 41 pneumothorax abandonnés parce qu'ils sont inactifs ou parcequ'ils se sont compliqués.

19 malades ont abandonné leur pneumothorax en Algérie, faute de pouvoir l'entretenir (il s'agit d'une rechute et d'une 2ème hospitalisation ou cura sanatoriale en France).

16 malades ont refusé le pneumothorax

Le pneumopéritoine paraît pour des raisons multiples (forme de tuberculose chez le Nord-Africain et comportement) sont mieux indiqués chez nos malades. Nous n'avons pas trouvé un seul cas de refus de pneumo-péritoine.

Pour 42 thoracoplasties nous avons noté seulement 7 refus d'intervention, pour 16 exérèses, 4 refus, etc...

SECURITE SOCIALE ET LES NORD-AFRICAINS TUBERCULEUX

	Arabes	Kabyles	Maroc.	Tunis.	Israël.	
<u>A.S.</u>	140	272				
Algériens	389		20	3	6	418
<u>L.M.</u>	50	83				
Algériens	133		13	1	0	147
<u>A.S. non</u>	32	40				
Algériens	66		2	4	2	74
<u>A;M.G.</u>	13	10				
Algériens	22		0	1	1	24
<u>Article 64</u>	2	2				
Algériens	3		0	1	0	4
<u>Prise en Charge</u>	4	0				
"	1		0	3	0	4

READAPTATION DU TRAVAIL.

Si la cure de nos malades est assurée grâce aux hôpitaux et aux sanatoriums de la métropole, comment réadapter, reclasser les malades guéris puisque la plupart d'entre eux sont des manoeuvres.

Placement en centre de réadaptation	19
Travail envisagé	18
Reprise du travail à mi-temps	22
" " " à temps complet	34
Travail déjà repris	10
	103

Le travail est repris ou envisagé pour 103 sur 172 guérissons apparentes; le devenir des autres: certains, par suite d'habitudes prises en sanatorium ne veulent plus reprendre leur travail; d'autres stabilisés trouvent des difficultés à se faire embaucher.

Certes le métier de manoeuvre ne pourrait être repris par ces anciens malades sans compromettre parfois une guérison péniblement acquise et dans ce cas le problème de la réadaptations reste entier.

C'est dans les sanatoriums ou dans les établissements de cure où ils font un séjour prolongé qu'il convient de préparer leur reclassement: en premier lieu, on s'occupant particulièrement des illettrés, tout au moins de ceux qui parlent le Français; les résultats de notre enquête concernant leur niveau d'instruction nous a montré qu'un malade sur deux parle le Français.

Mr. Morali Daninos termine une étude sur les éléments de psychologie Nord-Africain par ces lignes: "La différence relative sur le plan des tests classiques entre le Nord-Africain et l'ouvrier métropolitain sont dû non à une différence de structure mais une différence de culture.

Mr. de Cerres-Justigniac: " Ils sont aptes à devenir de bons ouvriers, même des ouvriers qualifiés, des contremaîtres, si on les met dans des conditions économiques normales."

Essayer de préconiser des solutions possibles à ce problème qui revêt une pareille ampleur s'avère difficile.

Les quelques solutions qui nous viennent tout de suite à l'esprit comme conclusion à ce travail peuvent être rangées sous deux rubriques :

I - Solutions immédiates :

1°) Instituer un examen radiologique au départ des départements d'Algérie ou à l'arrivée en Métropole pour tous les travailleurs Nord-Africains.

2°) Multiplier les bureaux de placement dans le but de donner du travail au maximum d'émigrants.

3°) Soigner l'ouvrier Nord-Africain en France métropolitaine, tant que les départements d'Algérie n'auront pas suffisamment de centres hospitaliers ou de sanatoriums pour soigner les ouvriers Nord-Africains tuberculeux. La vaccination par le B.C.G. pratiquée par l'équipe inlassable de M. LEVI-VALENSI est un appoint nécessaire mais non suffisant dans la lutte contre l'extension de la maladie tuberculeuse en Algérie.

II - Solutions à longue échéance :

1°) Revaloriser la main-d'œuvre algérienne par l'intensification des cours du soir, des cours préparatoires en vue d'une qualification accélérée.

2°) Préserver l'avenir en intensifiant l'enseignement primaire obligatoire pour tous les enfants Français-Musulmans d'Algérie.

Nos malades Nord-Africains tuberculeux au nombre de 810 proviennent, pour 178 des hôpitaux de Paris, et pour 632 des sanatoriums de Seine, de Seine et Oise, et de quelques autres sanatoriums de France.

521 malades algériens sur 810 proviennent de la Petite Kabylie et de la Haute Kabylie. Le reste des malades, 289 proviennent des départements d'Oran, des Territoires du Sud, du Maroc, de la Tunisie.

Nos malades tuberculeux Nord-Africains sont relativement jeunes: le quart de nos malades ont de 15 à 29 ans; plus de la moitié ont de 30 à 49 ans; le dixième seulement ont 50 ans passés.

Parmi nos malades il y a autant de célibataires que de mariés. Mais 262 sur 325 malades mariés ont des enfants et des charges familiales en Algérie.

368 de nos malades habitent 7 arrondissements de Paris : 18° - 60, 15° - 44, 19° - 40, etc... 204 malades sont domiciliés dans les communes de la Seine : Gennevilliers - 48, Boulogne - 27.

Les 4/5 sont manœuvres, le 1/5 des ouvriers spécialisés rarement des professionnels.

La date d'arrivée de nos malades coïncide généralement avec les périodes de guerre et d'après-guerre.

C'est souvent au détriment de son habitat ou de son alimentation que le manœuvre Nord-Africain fait des prélèvements pour faire subsister sa famille restée en Algérie: un de nos malades sur 5 habite avec des coréligionnaires la même pièce dans les conditions d'hygiène lamentables, et nous comprenons ainsi toutes les conséquences inhérentes quant à la contagion tuberculeuse. Les conditions alimentaires de nos malades vont nous donner la clé de la déficience physiologique.

Nous avons trouvé 53 cas de tuberculose dans les antécédents familiaux de nos malades.

La campagne de vaccination par le B.C.G. entreprise en Algérie de 1949 à 1952 n'a touché que 6 de nos malades en raison de leur âge.

Nous avons pu noter 81 tuberculoses externes chez nos 800 malades tuberculeux pulmonaires.

Au point de vue antécédents personnels non tuberculeux, la gamme clinique des affections rencontrées est superposable à celle de la population métropolitaine.

La part des maladies africaines par contre reste faible.

La recherche des délais entre la date d'arrivée dans la métropole et l'apparition de la maladie tuberculeuse nous a montré les 2/3 des tuberculoses sont apparus de trois mois à six ans, l'autre tiers s'échelonnant sur une période de séjour de 7 à 32 ans.

L'hôpital reste le principal centre de dépistage et de soins pour le malade Nord-Africain tuberculeux; un malade sur deux est rentré dans la tuberculose par des signes généraux et des signes fonctionnels notables. 110 malades ont présenté des hémoptysies sur 239 débuts aigus; c'est le seul signe qui impressionne le malade Nord-Africain et l'amène à accepter les longues cures et tous les traitements proposés.

La tuberculose de nos malades est une tuberculose jeune, cavitaire, moyennement étendue, pouvant être unie ou bilatérale, mais la bilatéralité est généralement une bilatéralité d'emblée.

Elle apparaît pour 65 % des cas une tuberculose jeune réagissant bien au traitement antibiotique.

Si nos malades sont dans l'ensemble des malades récupérables, la reprise du travail dur de manoeuvre les expose souvent à des rechutes: une rechute pour 18 malades.

D'où nécessité de revaloriser la main-d'œuvre Nord-Africaine pour lui donner des moyens matériels suffisants: car ce sont surtout le mode d'habitation, le mode d'alimentation qui nous paraissent être à l'origine de l'éclosion de la maladie tuberculeuse chez nos malades.

- 1/ A. COURCOUX et Melle Aneze : Etude médico-sociale sur le Nord-Africain tuberculeux vivant dans la région parisienne.
- 2/ P. Bourgeois, Melle Lotte, Somia, Baissette et Mme D. Bourgeois
Hospitalisation des tuberculeux Nord-Africains:
REVUE De La TUBERCULOSE 5ème Série - Tome 16 n°6 1952
- 3/ André Wignolle : La Tuberculose chez les sujets Nord-Africains dans le Nord de la France.
- 4/ E.S.N.A. Cahiers Nord-Africains, 6, rue Barye, Paris XVII^e
 - 1/ Le logement des Nord-Africains
 - 2/ Au service social des Nord-Africains
 - 3/ Guide de l'Action Sociale au bénéfice des Nord-Africains en Métropole.
 - 4/ Travailleurs Nord-Africains et loisirs (gâchi ou plein emploi ?)
 - 5/ Santé des Nord-Africains en France (Aspects Médicaux)
 - 6/ L'émigration marocaine en France.
 - 7/ Etude sur la morbidité Nord-Africaine.
 - 8/ La tuberculose en milieu Nord-Africain
- 5/ Documents Nord-Africain : Etudes sociales Nord-Africaines
6, rue Barye - PARIS - XVII^e
 - 1/ Aspects familiaux de l'émigration Nord-Africaine
 - 2/ La réadaptation au travail
 - 3/ Rôle de Médecins d'entreprise et de Médecins de main-d'œuvre dans le domaine de l'emploi de la main-d'œuvre Nord-Africaine.
 - 4/ Problèmes posés par la présence des Nord-Africains en Métropole, spécialement sous leurs aspects professionnels
 - 5/ Rapatriement
 - 6/ La France et L'Afrique du Nord
 - 7/ L'Emigration - Travail
 - 8/ L'émigration des Musulmans Algériens en France.

